



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**“ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS CON
TRASTORNOS MENTALES DEL ENFERMERO DE LA SEGUNDA
ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DE LA
UNIVERSIDAD NORBERT WIENER – LIMA 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR:
QUIÑONEZ BARRUETA BETZY ELIZABETH**

**ASESOR:
MG. JAIME ALBERTO MORI CASTRO**

**LIMA – PERÚ
2021**

DEDICATORIA

Por enseñarme el entusiasmo de comenzar una nueva vida llena de esperanzas.

Este Proyecto de titulación va dedicado a mis residentes de los Hogares protegidos.

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos a la casa de estudios, Universidad Norbert Wiener por la formación académica brindada y a los docentes por todas las enseñanzas vertidas.

ASESOR:
MG. JAIME ALBERTO MORI CASTRO

JURADOS

PRESIDENTE: Dra. Maria Hilda Cárdenas De Fernandez

SECRETARIO: Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

VOCAL: Mg. Milagros Lizbeth Uturnco Vera

Índice general

Índice general	7
Índice de Anexos	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MATERIALES Y METODOS	17
III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21
IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS.....	29

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	30
Anexo B. Consentimiento informado	30
Anexo C. Instrumentos de recolección de datos	31

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 4,4% (más de 300 millones de personas) sufren de trastornos mentales (1). Según el Ministerio de salud (MINSA) el 15% de la población peruana tiene algún problema de salud mental con una proyección para el 2021 de 4,659,253 personas con dicho problema, siendo la brecha de 80%, es decir, 8 de cada 10 personas con un trastorno mental reciben el tratamiento adecuado y oportuno (2).

Según la American Psychiatric Association (2014) define Trastorno Mental como un síndrome que depende del estado de conciencia, historia familiar y estabilidad emocional (3). La OMS señala que de cada 4 personas 1 en algún momento de su vida padecerá algún trastorno mental, la brecha en el tratamiento existe en todo el mundo sobre todo en países en vías de desarrollo (4).

Según Collado (2011), las inequidades en el desarrollo de la salud mental están relacionadas con los determinantes sociales, así como el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica hacia una visión comunitaria (5). Palacin y col., (2006), dan a conocer que las personas con trastorno mentales sufren la estigmatización de la enfermedad siendo los profesionales de salud no ajenos a ello, atribuidas a las conductas estigmatizantes adquiridas desde el primer contacto a o por la negatividad respecto al pronóstico (6).

Goffman (2006), define al Estigma como un atributo desacreditador y desvalorizado, resultado de percepción negativa hacia quien lo posee. (7). Corrigan y Peen (1999), proponen el estigma social se basan en ciertos estereotipos y como estos actúan en contra de los grupos estigmatizados, el otro es el estigma y la discriminación que son más notorios y relevantes porque pueden producen síntomas más perturbadores e incapacitantes que afectan seriamente la salud y percepción del estigmatizado (8).

A nivel internacional, Gil y col., (2016) en España, señala que de 160 profesionales de diferentes servicios de un Hospital general, el 43% de encuestados perciben que son más violentos los pacientes con enfermedad mental a diferencia de otras, el 54% indicaron que es impredecibles el comportamiento que pueden tener; el 71% indican sentir incomodidad al interactuar con estas personas y el 37% consideró que la atención de estas personas debe ser en centros específicos. (9)

Mora y Bautista (2014) en México al indagar sobre la percepción del personal de salud respecto a los pacientes con trastornos mental el 39% de los profesionales consideró que cualquier persona puede ser proclive a tener un padecimiento de este tipo por causas naturales o causadas por el medio ambiente. El 34% señalan que el sector más afectado son las personas de bajos recursos en especial los que viven condiciones de abandono que viven en la calle. (10)

Chávez (2017) en México señala que 80% profesionales de la salud mental indican que el 84% los pacientes con trastornos mentales presentan dificultades para interactuar con ellos y el 50% señalan evitarlos. Señala que el 80% enfermeras consideran difícil y cansado el trato a pacientes con el diagnóstico de trastorno mental moderado y el 95% expresan el deseo de actualizarse constantemente (11)

La OMS (2016) indica que el 24% personas con demencias se consideran excluidas de la sociedad, así como el 11% de cuidadores de estos pacientes temen ser estigmatizados por admitir el diagnóstico de sus pacientes frente. Da a conocer que 2 de 4 personas con trastorno mentales crónicos sienten la falta de comprensión de la demencia. (12)

Jaén (2018), en México, señala que de las 834 personas que habían presentado depresión mayor en los últimos 12 meses, 62,5% de ellos habían experimentado discriminación anticipada o percepción de estigma en el ambiente laboral, sin embargo el 40,4% experimentaron un tratamiento positivo de parte de los profesionales de salud, y solo un 11,8% tuvieron experiencias discriminatorias (13).

Ochoa (2010) en España menciona que el 52% de profesionales de la salud era capaz de distinguir correctamente entre enfermedad mental y discapacidad mental. El 74% pensaba que los enfermos mentales tienen igual capacidad de inteligencia que otras personas. El 78% pensaba que podían predecir de acuerdo a las conductas si el paciente tenía o no un trastorno mental. (14)

A nivel nacional, Saavedra y col., (2016), en un estudio realizado a familias indica que el 47.8% aceptarían a un familiar con trastorno mental en su vivienda, el 65.1% piensan que los discriminarían (15). D' Uniam (2016), en su población en estudio indica que el 35.7% de las personas encuestadas frente a la percepción a personas con trastorno mentales el estigma es de nivel bajo, mientras que el 32.7% es de nivel alto y el 31.6% de los encuestados el estigma es de nivel medio (16).

Vega (2011), dio a conocer que la aceptación y actitud de asistencia y apoyo hacia las personas con trastornos mentales en el Perú según regiones: 13.3% en la sierra rural, 35,1% en la costa peruana; las actitudes de indiferencia y aislamiento a las personas con trastorno de salud mental fueron alcanzadas por el 14,8% de la población, de indiferencia un 4,3% y de rechazo un 1,8% en todo el Perú (17).

Miraval (2016), el 0,5% (141,000 personas aproximadamente) de la población a nivel nacional hace diez años padecían trastornos mentales graves en el Perú, representando uno de los grupos sociales más estigmatizados y discriminados no solo por la su propia familia y la sociedad sino también por las organizaciones civiles y el propio estado (18).

La Defensoría del pueblo en Lima (2019) realizo un estudio correspondiente al periodo del 2010 al 2018, como parte de la reforma de salud mental comunitaria dan a conocer implementado 08 hogares protegidos a fin de albergar a estas personas con trastorno mentales crónicas institucionalizadas en los Hospitales psiquiátricos que son abandonados en ellos y rechazados por su familia pese a su condición de alta hospitalaria (19)

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado y Noguchi (2014) en un estudio determino que el 84% de personas con problemas de salud mental no tienen concientización de la enfermedad, lo que predispone a la estigmatización, Asimismo, señalan que el 20.4% en la población adulta peruana padecen de algún tipo de trastorno mental, entre ellas la depresión como la más predominante (20)

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM-V) en el 2014, define el trastorno mental como síndrome donde el estado de conciencia, estabilidad emocional o formas de actuar del individuo se encuentra alterado, reflejando la persona alteración de procesos biológicos, psicológicos que subyacen en función mental. Sin embargo, estas patologías se asocian a otras determinantes ambientales como la sobreexposición al estrés significativo (21).

Echeburúa (2015), señala la clasificación según Diagnósticos en el eje I DSM V si no tiene ningún trastorno (trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobias, hipocondrías, etc.), Eje II DSM V si hay algún trastorno de personalidad, trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, retraso mental moderado, trastorno de personalidad limítrofe (22).

Según Barker (2011) en Eje III DSM V, especifican otras alteraciones que sufren las personas en relación a su estado mental, Eje IV DSM V describe a todas aquellas tensiones de origen psicosocial (desempleo, problemas conyugales, duelo) y en el Eje V DSM V se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global) por ejemplo: Trastornos de sueño. Trastornos de control de impulsos. (23)

La importancia del estigma en los profesionales de la salud mental radica no solo en la forma en la manera de abordar y de comportarse con los pacientes. La teoría de Goffman (1963) es la más representativa del término estigma, se refiere a alteraciones mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas tribales de raza, nación, religión que se presentan en varios grupos sociales y situaciones, existiendo una probabilidad de ser originada por herencia (24).

Jones (1984) sugirió que el estigma se define como una marca o señal que guarda relación entre atributo y estereotipo (25). Stafford y Scout (1986), proponen que el término estigma como una “norma” que surge a partir de creencias compartidas de cómo la persona debe comportarse en determinado lugar lo que hace ver que estas personas actúan contrario a las normas y la interacción social. (26)

Crocker (1998) definió que las personas estigmatizadas poseen o ellas mismas pueden suponer tener algún atributo o característica, que origina en otras personas la desvalorización de su identidad social (27). Magallanes (2001), indica que la estigmatización hacia esta persona no es conducta desde ahora, siglos pasados era considerado como castigo divino, posesión diabólica o fallo moral por parte del individuo, quien era responsable del mal que padecía (28).

Link y Phelan (2001), dice que hay estigmatización cuando se relacionan dos componentes, siendo el primero el componente cuando las personas hacen diferencia y etiquetan a unas u otros. En el segundo son las tradiciones y/o creencias donde relacionan a estas personas con características indeseables, o a estereotipos negativos (29).

Corrigan (2005) explica el proceso por el que se forma y mantiene el estigma en el nivel psicológico, a través de su modelo cognitivo social en el cual existen tres componentes: estereotipos, prejuicios y discriminación (30). Según Pedersen (2009), las etiquetas de atributos o conductas indeseables tienen doble intención ya sea para establecer distancias con lo indeseable y por ende justificar su exclusión social (31).

Tristany (2009), dice que metafóricamente la palabra “estigma” corresponde a marcas o cicatrices o lesiones que presentaban hace siglos pasado las personas vagabundas o esclavos o arañados objetos afilados, lo cual originaba desprecio (32). Corrigan y Penn (1999), mencionan que las actitudes estigmatizantes, originan en las estigmatizadas percepciones sobre quienes padecen de trastornos mentales, así mismo indican que presentan algún tipo de rasgo diferencial o "marca" para identificarlos (33).

Katz y Stotland (1959) señala tres componentes para las actitudes: componente cognitivo, componente afectivo y componente conativo o conductual. Componentes Cognitivos (participación de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores En la, conocimientos y expectativas. (carácter evaluativo) Destaca el valor que representa para el individuo. (34)

Rodríguez (1991) en componentes afectivos, está en base a los en sentimientos evaluativos, estados de ánimo y emociones (física y/o emociones) así como corresponde a objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado) (35)

Según Muñoz y col. (2009) en el componente conativos o conductuales muestra la aceptación de las actitudes y las conductas propiamente dichas de las personas con trastorno mentales (36).

Según Staats y Staats (1958) en su Teoría Clásica de la Formación de las Actitudes, considera que las respuestas actitudinales se fortalecen por procesos de condicionamiento clásico e instrumental entre ellas, plantea que un estímulo cualquiera no es capaz de producir determinada respuesta, sino que al desarrollarse de forma repetida se adquiere esta capacidad.(37)

Según Stroebe y Jonas (1996) las actitudes si son acompañadas de sucesos positivas para la persona tenderán a ser más repetidas que aquellas que producen consecuencias negativas si se quiere su permanencia (38). Existen dimensiones que determinan las actitudes, Corrigan y colaboradores (2003) señala que la dimensión ira se expresa a través de resentimiento e irritabilidad hacia la persona con un trastorno mental, expresándolo en su rostro y lenguaje del cuerpo. (39)

Cangas (2012) en la dimensión miedo, actúa como mecanismo de defensa ante el peligro presente o inminente, en relación al enfermo mental este generará sentimientos desagradables, considerando su cercanía a esta persona como peligrosa (40). Sadocky col. (2010) en la dimensión Culpabilidad señala que las

personas con alguna enfermedad mental son culpables de padecerlas esto depende del conocimiento que tienen de la enfermedad mental. (41)

Forghieri (2012) en la dimensión segregación se refiere a la pérdida de derechos a las personas que padecen un trastorno mental producto del distanciamiento social en todos los ámbitos: laboral, comunidad, familiar, etc. de esta persona (42). Yllá (2007) en la dimensión peligrosidad se refiere a que las personas con trastornos mentales representan una amenaza de inminente peligro, por lo tanto, el alejarse de ellas y el distanciamiento social es a consecuencia de ello. (43).

Struening (1963) en la dimensión crueldad, es aquel sentimiento de no compadecerse por la persona con trastornos mentales, a través de los medios de comunicación se muestran pacientes cruelmente tratados, en situación de abandono familiar y social (44).

Pinto (2012) da a conocer que la dimensión abandono hace referencia a la poca o nula disposición de brindar ayuda a las personas con trastornos mentales, existe un vacío en la legislación puesto que encontramos muchos enfermos mentales en la calle en situación de abandono. El derecho de llevar una vida digna repercutirá en su proceso de rehabilitación (45).

Jones (1984) indica que la dimensión Coacción está dada por la forma como se trata a las personas con trastornos mentales, algunas personas presentan ocasionalmente alteraciones conductuales o en la capacidad para tomar decisiones, generando la noción de riesgo para sí mismas y terceros (46).

Corrigan y colaboradores (2003) en la dimensión evitación se evita vivir cerca, trabajar y relacionarse con una persona con trastornos mentales ya que se las considera como incapacitadas de vivir una vida plena de acuerdo a los estereotipos de la sociedad (47).

Sarahy y colaboradores (2018) dan a conocer que al estigmatizar a una persona con trastorno mental va a generar actitudes malas en la persona que la padece como en la sociedad donde se encuentra, al distanciarlo socialmente causa

inseguridad y falta valor de asistir por ayuda profesional gracias a las etiquetas con las que constantemente se ve marcado, lo que podría complicar su rehabilitación (48).

Belmont (2011) menciona que el enfermero en psiquiatría desarrolla actividades con el fin de promover, atender y rehabilitar la salud de pacientes con trastorno mental, ante tal objetivo es necesario que la estigmatización no esté presente en este grupo de profesionales pues no se alcanzarían los objetivos. (49).

A partir de esta investigación se podrá profundizar en aquellas actitudes estigmatizantes ya presentes en los profesionales de la salud mental que conllevan a la estigmatización, aquello permitirá establecer propuestas de actuación , donde los profesionales de la salud serán agente sociales en el proceso de des estigmatización para colaborar en la disminución del rechazo social y promocionar la recuperación de los derechos humanos, económicos, sociales , culturales y el derecho a gozar del grado más alto de salud como cualquier otra persona de nuestra sociedad.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se presenta a continuación es con enfoque cuantitativo (es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos). El diseño metodológico es una investigación correlacional de corte transversal.

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

La población será de 38 Licenciados en enfermería estudiantes de la Segunda Especialidad en Salud mental y psiquiatría de la Universidad Wiener, por ser una población finita, no es necesario aplicar la formula muestra

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

El presente estudio presenta una variable principal que es el estigma. Según su naturaleza, es una variable cualitativa, y su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual de variable principal Actitudes estigmatizantes:

Crocker (1998) definió que algún atributo o particularidad caracterizan a las “personas estigmatizadas” que al poseerlo expresan una identidad social menospreciada en contextos sociales particulares. (50)

Definición operacional de variable principal:

Pedersen (2009) indicó que el estigma es un fenómeno de desorden social como individual lo cual altera las relaciones sociales entre los sujetos, es tanto, la experiencia de ser estigmatizado y aislado socialmente trae consigo conflictos personales y como tal se inscribe en el mundo de lo social. (51).

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Variable principal: Actitudes Estigmatizantes

Cuestionario “Actitudes estigmatizantes” Técnicas: Encuesta Tipo: Cuestionario con escala tipo Likert de 27 preguntas, a medir 9 dimensiones, con 5 alternativas de respuesta que van de 1 Nunca a 5 Siempre. Autores Corrigan, Markowitz, Rowan y Kublack (2003). Adaptada al español: Muñoz, Crespo, Perez y Guillen (2009), confiabilidad: Alpha de Cronbach 0.890, modificada: D’Uniam Delia (2016) y su nivel de Confiabilidad: Alpha de Cronbach de 0.961

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Se realizaran las gestiones para poder dar inicio a la recolección de datos, se realizarán las coordinaciones referidas a las autorizaciones para acceder a la toma de datos en el salón de clases de la según especialidad de Enfermería Salud mental y psiquiatría de la Universidad Nibert Wiener- Primero tramitamos la carta de presentación de la universidad, al recibir el visto bueno de ella, se iniciará la recolección de datos.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

El tiempo promedio de aplicación del instrumento es de media hora (A través de un link usando el aplicativo google drive) ya que por la coyuntura actual no puede ser presencial.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

En esta investigación participaran los Licenciados en Enfermería que estudian la segunda especialidad de Enfermería Salud mental y psiquiatría de la Universidad Nibert Wiener.

Los datos que se lleguen a obtener serán ingresados a una tabla matriz elaborada en el software estadístico SPSS 24.0., este proceso se realizara cuidadosamente para así evitar errores y valores perdidos al momento del análisis.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Según Sánchez (2016) para este estudio se debe tomar en cuenta principios bioéticos de no maleficencia, autonomía y justicia (52), así mismo se aplicara el consentimiento informado previa información que será dada a los Licenciados en Enfermería. A continuación, se describe como se aplicaron los principios bioéticos:

Principio de autonomía

El principio de autonomía será aplicado a los trabajadores de salud, donde se respetará sus decisiones y libre voluntad de participación. A cada uno se les hará conocer los pormenores del estudio y luego se solicitará su consentimiento informado a fin de proseguir con lo coordinado.

Principio de beneficencia

A los Licenciados en Enfermería se resaltara los beneficios indirectos que será producto de esta investigación. Al describir cómo la relación entre el estigma y las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales, que nos permitirá orientar mejores estrategias educativas y sanitarias para este grupo vulnerable.

Principio de no maleficencia

Se explicará a cada uno de los participantes que su colaboración en esta investigación no implica algún riesgo a su salud e integridad individual.

Principio de justicia

El respeto y cordialidad estarán presentes en esta investigación, así mismo todos tienen derecho a actuar sin discriminación ni preferencias.

III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2021																			
	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificación del Problema	X	X																		
Búsqueda bibliográfica			X	X																
Elaboración de la sección introducción: Situación problemática, marco teórico referencial y antecedentes				X	X															
Elaboración de la sección introducción: Importancia y justificación de la investigación					X	X														
Elaboración de la sección introducción: Objetivos de la de la investigación					X	X														
Elaboración de la sección material y métodos: Enfoque y diseño de investigación						X	X													
Elaboración de la sección material y métodos: Población, muestra y muestreo							X													
Elaboración de la sección material y métodos: Técnicas e instrumentos de recolección de datos								X	X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: Aspectos bioéticos									X	X										
Elaboración de la sección material y métodos: Métodos de análisis de información										X	X									
Elaboración de aspectos administrativos del estudio											X	X								
Elaboración de los anexos											X	X								
Aprobación del proyecto														X	X					
Trabajo de campo																X	X			
Redacción del informe final: Versión 1																	X	X		
Sustentación de informe final																				X

IV. RECURSOS A UTILIZARSE PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

MATERIALES	2021				TOTAL
	Abril	Mayo	Junio	Julio	S/.
Equipos					
1 laptop	1200				1200
USB	15				15
Útiles de escritorio					
Lapiceros	5				2.00
Hojas bond A4		60			6.00
Material Bibliográfico					
Libros	45	45			90
Fotocopias	30	30		10	70
Impresiones	100	100		30	13
Espiralado	2	2		2	6
Otros					
Movilidad	15	15	15	20	55
Alimentos	30	10			40
Llamadas	5	5	10		20
Recursos Humanos					
Digitadora	100				100
Imprevistos*		80		80	200
TOTAL	1547	347	25	142	1817

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013
2. Ministerio de Salud. Documento Técnico: "Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Salud Mental. 2018.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Médica Panamericana; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: OMS; 2004
5. Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. ESTIGMA EN LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL. Autora: María del Pilar Sánchez Castillo. Tutor: Eladio Joaquín Collado Boira 2011
6. Haro M., Palacín C., Vilagut G., Martínez M., Bernal M. Centro de investigación Biomédica en red de Salud Mental. Plan estratégico 2014- 2016. Madrid: Ministerio de Economía y competitividad; 2013. 6. I. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12): 445–51
7. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. (1º ed.-10º reimpresión 2006). Buenos Aires. Amorrortu (1963/1968)
8. Corrigan P., Peen D. "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma", Am. Psychol, 54, 9, pp. 765-776 (1999)
9. Hiurma Gil Santiago, Marta Winter Navarro, Petra León Pérez, Elena Navarrete Betancort El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales

- sanitarios del hospital general del Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 14, N°. 55, 2016 (Ejemplar dedicado a: septiembre 2016), págs. 103-111
10. Mora J., Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad: Implicaciones en la atención de la salud mental. Salud mental. México. UNAM 37 (4) 303-302. (2014).
 11. Chávez- León E. Uribe MP y Chávez- León E. Trastorno límite de personalidad Asociación Psiquiátrica Mexicana AC., pp. 405- 439,2017.
 12. OMS. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud. Setiembre 2016.
 13. Alicia Jaén Hernández. Estigma en la enfermedad mental y su íntima relación con la exclusión social, 2018.
 14. Susana Ochoa, Francisco Martínez, María Ribas, Mar García-Franco Elisabeth López, Raúl Villellas, Otilia Arenas, Irene Álvarez, Christian Cunyat Sonia Vilamala, Jaume Autonell, Esther Lobo, Josep María Haro. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 31 (111), 477-489. Barcelona, 2011.
 15. Javier E. Saavedra, Vilma Paz Schaeffer, Horacio Vargas Murga, Yolanda Robles Arana, Rolando Pomalima Rodríguez, Santos González Farfán, Sonia Zevallos Bustamante, Ybeth Luna Solís, Carlos Saavedra Castillo. Estigma y violencia contra las personas con trastornos mentales. Editado por el Viceministerio de Justicia y derechos humanos. Lima ,2016.
 16. Delia Jacquelin D'Uniam D'Uniam. Estigma y actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales del Centro Materno Infantil Rímac, Lima 2016.
 17. Vega F. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. (2014). Recuperado de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/286> Vol.27, pp.363-385. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2678626>

18. Edgar Jesús Miraval Rojas. Departamento de Consulta Externa y Salud Mental Comunitaria de la Dirección de Salud del Ministerio de Salud. Lima, 2016.
19. María Isabel León Esteban, César Augusto Torres Acuña, Graciela Lucy Oroche Merma, Rosa Stephanie Paredes Rodríguez y Marco Diego Condori Lozano el derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Defensoría del Pueblo. Lima, 2019.
20. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado y Noguchi. El estigma social es el principal enemigo de la salud mental. Lima, 2014.
21. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Médica Panamericana; 2014.
22. Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, Marisol Cruz-Sáenz. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. vol.32 no.1 España, 2014.
23. Barker, P. Psychiatric diagnosis. En P. Barker (Ed.), Mental health ethics: The human context (pp. 139-148). Abingdon, NY: Routledge. 2011.
24. Goffman, E. Estigma: La identidad deteriorada. (1º ed.-10º reimpresión 2006). Buenos Aires. Amorrortu, 1963-1968.
25. Jones, E. Social Stigma: The psychology of marked relationships. New York USA, 1984.
26. Stafford M.C., Scott R.R. (1986) Stigma, Deviance, and Social Control. In: Ainlay S.C., Becker G., Coleman L.M. (eds) The Dilemma of Difference. Perspectives in Social Psychology (A Series of Texts and Monographs). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7568-5_5
27. Croker, J., Major, B., y Steele, C. Social Stigma. En D.T. Gilbert, S.T Fiske y G. Lindzey (Eds.): The Handbook of social psychology (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill. 1998.
28. Magallanes, A. El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. Quaderns de Psicologia, Vol. 13, 2, 7-17. Recuperado a partir de <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816/811.2001>.
29. Link B, Phelan J. On stigma and its public health implications. 367:528-529. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000155&pid=S1413-8123201100040000700009&Ing.2006.

29. Corrigan, P., y Peen, D., "Lessons from Social Psychology on Discrediting. Psychiatric Stigma", *Am. Psychol*, 54, 9, pp. 765-776.1999
30. Pedersen, D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. Buenos Aires, Argentina. 55 (1): 39-50. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/prolife/Duncan_Pedersen/publication/281364699 . 2009.
31. Tristany, J, Rodríguez, R, Segarra, M, Donaire, A. Cómo miramos y sentimos al enfermo mental. Estudio sobre actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental. En: V Jornadas de Rehabilitación en Salud Mental; 21,22; Barcelona, España.2009.
32. Corrigan, P., y Peen, D., "Lessons from Social Psychology on Discrediting. Psychiatric Stigma", *Am. Psychol.*,54, 9, pp. 765-776.1999.
33. Kats, D. y Scotland, E., Estado Preliminar hacia la teoría de las actitudes estructura y cambio. Ed. *Psychology: A Study of Science*, Vol3. New York, Ed Mc. Graw-Hill.1959.
34. Rodríguez, A., Reflexiones sobre la Psicología Social. *Interacción social*. 1pp. 149-164. Madrid España. Recuperado a partir de <http://armandorodriguez.es/armando/Articulos/archivos/DiazDiazFuertesHdezLorenzoMartinPerezQuilesRPerezRoloSuarez1991.pdf>.1991.
35. Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo comportamental. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (7), 41-50. Recuperado de http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp.pdf#page=41.2009
36. Staats, A. W. and Staats, C. 'Attitudes Established by Classical Conditioning', *Journal of Abnormaland Social Psychology*, 67: 159–67.1958.

37. Stroebe, W y Jonas, K. Actitudes II: Estrategias de Cambio de Actitud. (Ed), Introducción a la Psicología Social (171-1797). Barcelona: Ariel Psicología, S.A.1990.
38. Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A. Structural levels of mental illness stigma and discriminations. Schizophrenia Bulletin, 30; 481-491. Recuperado a partir de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/481.full.pdf>.2003.
39. Cangas A, Navarro N. Sensibilización al estigma social en salud mental. Granada: Alborán Editores; 2012. p. 18.
40. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. In: Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. New York: Lippincott Williams; p. 467- 479.2010.
41. Forghieri M, Ferrary S, Ben-Zeev D, Artoni P, Palmieri G, Pingani L. Stigma and discrimination toward mental illness translation and validation of the Italian version of the attribution questionnaire-27 (AQ-27-I). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012; 47(6): 993-999.
42. Yllá, L., Sanz, C., González-Pinto, A., Guimón, J. Evolución de las actitudes de la población frente al enfermo mental. Actas esp. Psiquiatría 2007; 35(5):323-335. 2007.
43. Struening, E., Cohen, J. Factorial invariance and other psychometric characteristics of live opinions about mental illness factors. Perceptual and Psychological Measurement.; 23: 289-98.1963.
44. Pinto M, Hickman R, Logsdon M, Burant C. Psychometric Evaluation of the Revised Attribution Questionnaire (r-AQ) to measure mental illness stigma in adolescents. J Nurs Meas. 2012; 20(1): 47– 58
45. Jones EE, Farina A, Hastorf AH, Markus H, Miller DT, Scott RA. Social Stigma: The psychology of marked relationships. New York: Freeman; 1984
46. Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A. Structural levels of mental illness stigma and discriminations. Schizophrenia Bulletin, 30; 481-491. Recuperado a partir de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/481.full.pdf>.2003.
47. Belén Sarahy Chávez Guerrero Yeraldí Guadalupe Martínez Salinas Melissa Neftalí Contreras Juárez Melissa Rede González Jesús Fernando Muñoz Livas.

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Instituto de Ciencias Biomédicas, Juárez, 2018.

48. Belmont MA. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Enf Neurol.* 10(1): 53-5. 2011
49. Croker, J., Major, B., y Steele, C. Social Stigma. En D.T. Gilbert, S.T Fiske y G. Lindzey (Eds.): *The Handbook of social psychology* (4ª edición, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.1998.
50. Pedersen, D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.* Buenos Aires, Argentina. 55 (1): 39-50. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/prolife/Duncan_Pedersen/publication/281364699.2009.
51. Sánchez M. Estigma en los profesionales de salud mental. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10234/166076>. (2016)

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRINCIPAL								
TÍTULO: “ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES DEL ENFERMERO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL Y PSQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD NOBERT WIENER– LIMA 2021”								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Actitud estigmatizantes	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Actitud estigmatizantes son actitudes sociales negativas, se hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o "marca" que permite identificarlos; en este caso a los enfermos mentales. (Corrigan y Penn 1999)	Se entiende por actitudes estigmatizantes aquellas actitudes sociales negativas por parte de los Profesionales de la salud frente a los trastornos de la salud mental que hace una diferenciación muy marcada entre una persona sin trastorno mental y otra que si lo aqueja.	Culpabilidad	Culpar por estar enfermo (cognitivo)	10,11,23	Alta Mediana Baja	Cada dimensión Alta 11-15 Media 7-10 Baja 3-6 Total Actitud estigmatizante: Alta 101- 135 Media 64- 100 Baja 27-63
				Crueldad	Abandono Maltrato (Afectivo)	9,22,27		
				Ira	irritarse con la persona (Conductual)	1,4,12		
				Peligrosidad	representan una amenaza (Cognitivo)	2,13,18		
				Miedo	temor (Afectivo)	3,19,24		
				Abandono	disposición de no ayudar (Conductual)	8,2		
				Coacción	deben ser obligadas a llevar tratamiento (Cognitivo)	5,14, 25		
				Segregación	deben ser separadas de la sociedad (Cognitivo)	6,15,17		
				Evitación	evitar vivir cerca o trabajar con una persona (Conductual)	7, 17, 26		

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El investigador responsable del estudio, de informarle y contestar a sus preguntas en caso de cualquier duda es: Lic. Enf. Betzy Quiñonez Barrueta

Teléfono de contacto: 982228869

Email: elizabethqb@gmail.com

Título de Titulo de la investigación “ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES DEL ENFERMERO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL Y PSQUIATRIA DE LA UNIVERSIDAD NOBERT WIENER– LIMA 2021”

Yo (Nombre y Apellidos)

He sido informado verbalmente sobre los objetivos del estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He podido hablar con la responsable del estudio cuando lo he necesitado

Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de autorizar participar o no en el estudio.

Comprendo que mi participación no va a repercutir en mi relación laboral.

Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán sólo con fines académicos. Por consiguiente, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones informadas.

Firma del participante

Firma del Investigador

ANEXO B

CUESTIONARIO DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD

SEXO:

CARGO: Profesional Médico

Profesional No

médico Técnico

Administrativo

Técnico

Asistencial

CONDICION LABORAL:
Nombrado

Contratado

TIEMPO DE SERVICIO
6m -5 años

6 años a 10 años

11 años a 20 años

+ de 20 años

I. CUESTIONARIO DE ACTITUDES ESTIGMATIZANTES HACIA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES
AQ27

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES FRASES ACERCA DE JOSÉ:

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja como empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

Debajo de cada oración encontrará valores del 1 al 5, rodee con un círculo o marque con un aspa o x el número que considere conveniente, para esto tenga en cuenta los siguientes criterios:

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

1. Me sentiría violentado a causa de José.

1 2 3 4 5

2. Me sentiría inseguro cerca de José.

1 2 3 4 5

3. José me aterraría.

1 2 3 4 5

4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?

1 2 3 4 5

5. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su medicación.

1 2 3 4 5

6. Creo que José supone un riesgo para sus vecinos si no se le hospitaliza.

1 2 3 4 5

7. Si fuera un empresario, no entrevistaría a José para un trabajo.

1 2 3 4 5

8. No estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema.

1 2 3 4 5

9. Sentiría pena por José.

1 2 3 4 5

10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual.

1 2 3 4 5

11. ¿Hasta qué punto crees que es controlable la causa de la situación actual de José?

1 2 3 4 5

12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?

1 2 3 4 5

13. En su opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?

1 2 3 4 5

14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?

1 2 3 4 5

15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico.

1 2 3 4 5

16. No compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día.

1 2 3 4 5

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José pudiera mantenerse alejado de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

1 2 3 4 5

18. Me sentiría amenazado por José.

1 2 3 4 5

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

1 2 3 4 5

20. ¿Cuál es la probabilidad de que no ayudará a José?

1 2 3 4 5

21. ¿Con qué certeza cree que no ayudaría a José?

1 2 3 4 5

22. ¿Hasta qué punto no comprende a José?

1 2 3 4 5

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

1 2 3 4 5

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

1 2 3 4 5

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

1 2 3 4 5

26. Si fuera un propietario, probablemente no alquilaría un apartamento a José.

1 2 3 4 5

27. La situación de José no me preocupa ni me importa.

1 2 3 4 5

Muchas Gracias

